Washington State Department of Social & Health Services

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

PEMBERIAN/PERUBAHAN WCCC

WCCC AWARD/CHANGE LETTER

LOCAL OFFICE	TELEPHONE NUMBER
CASE NUMBER	DATE

Anda berhak mendapatkan subsidi kepengasuhan anak dengan pembayaran dimulai dari _____ dan berakhir pada _____.

Silakan baca informasi penting di Halaman 1 dan 2.

Pengasuhan anak setuju diberikan untuk: ☐ Pekerjaan ☐ Aktifitas *WorkFirst* yang disetujui ☐ Sekolah

☐ Lainnya: _____.

☐ Pembayaran bulanan awal yang Anda terima adalah sebesar $15,00 untuk periode _____ sampai _____.

☐ Pembayaran bulanan yang Anda terima akan ☐ berubah ☐ menjadi sebesar $_____ untuk periode _____ dan berakhir _____.

Copayment adalah bagian Anda dari biaya pengasuhan anak Anda dan harus dibayarkan langsung kepada provider Anda. *Copayment* Anda didasarkan pada ukuran rumah tangga Anda dan penghasilan bulanan Anda sebagai berikut:

1. Ukuran keluarga adalah _____
2. Penghasilan kotor (sebelum pajak) $ _____
3. Penghasilan dari hasil wiraswasta/usaha sendiri (setelah pengurangan yang diperbolehkan – *allowable deductions*) adalah $ _____
4. Sebanding penghasilan yang belum terealisasi/Unearned income equals (SSI, SSA, penerimaan untuk dukungan kepada anak/child support received, pembayaran lumsum) adalah $ _____
5. PENGHASILAN TOTAL (tambahkan baris 2 – 4 di atas) $ _____
6. Pembayaran untuk dukungan anak adalah $ _____
7. Tentukan penghasilan terhitung (kurangi baris 6 dari baris 5) $ _____
   (Penghasilan terhitung digunakan untuk menentukan keberhakan dan *copayment*t)
8. *Copayment* dihitung sebagai berikut:

PENGHASILAN TERHITUNG	***COPAYMENT* PER BULAN**
Setingkat atau dibawah 82% dari Tingkat Kemiskinan Federal (*Federal Poverty Level* - FPL)	$15
Di atas 82% dan sampai 137,5% dari FPL	$50
Lebih dari 137,5% dan sampai 200% dari FPL [((Penghasilan terhitung – 137,5% FPL) x ,44) + $50]	

Pembayaran *copayment* Anda berubah karena (sesuai dengan WAC 170-290-0085):

☐ Periode otorisasi Anda telah berakhir. ☐ Ukuran keluarga Anda telah berubah.
☐ Penghasilan Anda telah berkurang. ☐ Lainnya (jelaskan): _____

NAMA PETUGAS

NOMOR TELEPON/FAX PETUGAS

Peran dan Tanggung Jawab Menurut WCCC

Saya bertanggung jawab:

- Memberi kami informasi sehingga kami bisa menentukan tingkat keberhakan dan memberi otoritasi yang sesuai tentang pembayaran pengasuhan anak.
- Memilih penyedia jasa yang memenuhi ketentuan WAC 170-290-0125 dan membuat pengaturan pengasuhan anak anda sendiri.
- Membayar, atau membuat pengaturan untuk memerintahkan seseorang membayar, *copayment* bulanan WCCC Anda secara langsung kepada penyedia jasa pengasuhan anak Anda. **Kegagalan melakukan hal tersebut akan menyebabkan berakhirnya subsidi pengasuhan anak Anda.**
- Bekerja sama dalam proses tinjauan pemastian kualitas untuk tetap berhak mendapatkan WCCC Anda tidak lag berhak mendapatkan manfaat WCCC ketika ditentukan tidak lagi mau bekerjasama oleh penilaian pemastian kualitas dan kondisi ini tetap seperti itu sampai anda memenuhi ketentuan pemastian kualitas atau tiga puluh hari dari penentuan tidak mau lagi bekerjasama.
- Bekerjasama dengan penyelidik deteksi penipuan dini (*fraud early detection* - FRED). Kalau Anda menolak bekerjasama (memberikan informasi yang diminta) dengan penyelidik, hal ini akan mempengaruhi manfaat yang Anda terima).
- Memberi tahu petugas WCCC yang berhak, dalam waktu lima hari, tentang perubahan penyedia jasa.
- Memberi tahu penyedia jasa anda dalam waktu paling lambat 10 hari ketika kami mengubah otorisasi pengasuhan anak anda.
- **Melaporkan kepada petugas pengasuhan anak Anda yang berhak, dalam waktu 24 jam, tentang perubahan atau informasi legal apapun yang akan segera berlaku yang Anda ketahui tentang:**
  1) Penyedia jasa di rumah Anda atau kerabat anda.
  2) Siapapun yang berusia 16 tahun atau lebih yang tinggal di bersama penyedia jasa ketika pengasuhan terjadi di luar rumah anak.
- Melaporkan berbagai perubahan kepada petugas WCCC yang berhak dalam waktu paling lama 10 hari tentang:
  - ►Jumlah jam pengasuhan anak yang dibutuhkan (jam, lebih kurang);
  - ►Bantuan rumah tangga termasuk bantuan *WorkFirst* apapun atau penambahan atau pengurangan bantuan pengasuhan anak;
  - ►Ukuran rumah tangga Anda seperti anggota keluarga Anda, termasuk orang tua atau pasangan, yang keluar masuk rumah Anda:
  - ►Pekerjaan, Aktifitas TANF yang disetujui (mulai, berakhir, atau berubah);
  - ►Alamat dan nomor telepon dari penyedia jasa di rumah/kerabat;
  - ►Alamat atau nomor telepon rumah anda; atau
  - ►Kewajiban legal Anda untuk membayar dukungan anak.
- **Kegagalan melaporkan perubahan apapun sesegera mungkin bisa menyebabkan Anda membayar lebih daripada kewajiban Anda untuk biaya pengasuhan anak.**
- Mengembalikan semua informasi tentang penyedia jasa Anda sesegera mungkin. Penyedia jasa di rumah/kerabat Anda tidak akan diberikan pembayaran untuk pengasuhan yang disediakan sebelum tanggal diterimanya semua hasil pemeriksaan latar belakang.
- Jangan tinggalkan anak-anak Anda dalam pengasuhan karena alasan selain daripada yang termuat di bagian depan formulir ini, kecuali anda telah membuat rencana dengan penyedia jasa anda untuk membayar pengasuhan itu sendiri. Kalau Anda ingin berpartisipasi dalam sebuah aktifitas selain dari yang diperbolehkan di bagian depan formulir ini, dan ingin negara bagian membayar pengasuhan anak Anda, Anda pertama-tama harus menghubungi petugas pengasuhan anak Anda yang berwenang dalam hal itu.

Saya mengerti kalau:

- Saya akan diperlakukan dengan sopan dan adil apapun ras, warna kulit, pandangan politik, asal-usul, agama, usia, gender, ketunaan, ataupun tempat kelahiran saya.
- Saya akan menerima penentuan keberhakan WCCC dalam waktu tiga puluh hari sejak tanggal pengajuan.
- Saya akan diberi tahu, melalui surat, tentang berbagai hak dan kewajiban legal saya mengenai berbagai manfaat WCCC.
- Informasi yang saya berikan akan dibuka kepada lembaga lain ketika diharuskan oleh ketentuan federal atau negara bagian.
- Saya akan menerima, melalui surat, sebuah pemberitahuan sepuluh hari sebelum negara bagian membuat perubahan untuk mengurangi atau menghentikan manfaat kecuali disebutkan dalam WAC 170-290-0120.
- Saya bisa mendapatkan sidang kalau saya tidak setuju dengan keputusan untuk kasus WCCC.
- Saya boleh meminta seorang penyelia atau administrator untuk meninjau ulang keputusan atau tindakan yang mempengaruhi manfaat yang saya terima tanpa mempengaruhi hak saya untuk mendapatkan sidang.
- Saya bisa mendapatkan layanan interpreter atau penerjemah dalam jumlah waktu yang masuk akal dan biayanya tidak akan dibebankan kepada saya.
- Saya boleh memilih penyedia jasa saya selama penyedia jasa itu memenuhi ketentuan yang ada dalam in WAC 170-290-0125.
- Saya berhak meminta penyelidik FRED dari divisi penyelidikan penipuan (*division of fraud investigations* - DFI) untuk kembali pada waktu lain. Saya tidak perlu memperbolehkan seorang penyelidik masuk ke dalam rumah saya. Permintaan ini tidak akan mempengaruhi keberhakan saya atas berbagai manfaat. Kalau saya menolak bekerjasama (memberikan informasi yang diminta), hal tersebut bisa mempengaruhi manfaat yang saya terima.

HAK SIDANG

Kalau Anda tidak setuju dengan keputusan ini, Anda bisa mengajukan sidang dengan cara menghubungi kantor ini atau mengirim surat ke Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. Anda harus meminta sidang:

- Pada atau sebelum tanggal efektif dari tindakan ini atau tidak lebih daripada 10 hari setelah kami mengirimkan Anda pemberitahuan tentang tindakan ini, KALAU Anda sudah menerima manfaat sekarang dan Anda ingin terus mendapatkannya, atau
- Dalam waktu 90 hari sejak tanggal Anda menerima surat ini.

Dalam acara sidang dengar pendapat, Anda berhak mewakili diri Anda sendiri, diwakili seorang pengacara atau orang lain yang Anda pilih. Anda mungkin bisa mendapatkan bantuan atau perwakilan hukum gratis dengan cara menghubungi kantor layanan hukum.

PERLINDUNGAN MEDIS UNTUK ANAK-ANAK ANDA

Tahukah Anda kalau Anda mendapatkan perlindungan medis dan gigi untuk anak-anak Anda? Tidak ada daftar tunggu dan prosesnya sangat mudah!

1. Apakah Anda menerima bantuan lainnya dari negara bagian, seperti kupon makanan atau bantuan uang tunai?

- **YA:** Hubungi petugas finansial yang menangani kasus Anda dan mintakan perlindungan medis untuk anak(-anak) Anda.
- **TIDAK:** Hubungi nomor telepon bantuan Children's Medical di nomor telepon 1-800-204-6429.

2. Berikan informasi yang diminta oleh petugas untuk memastikan apakah Anda berhak atau tidak. Mereka mungkin telah memiliki informasi tersebut atau bisa meminta informasi tersebut melalui telepon.

3. Menerima kartu medis melalui surat.

Jangan Menunggu Lagi – perlindungan medis untuk anak Anda hanya berjarak satu kali telepon saja!